TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur CESTAN

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe lauréat des hopitaux de Paris
(Concours des prix de l'externat, 1888).

Interne des hopitaux de Paris
(Concours de 1889).

Aide d'anatomie a la Faculté de Paris
(Concours de 1891).

Docteur en médecine (Juillet 1894).

Membre correspondant de la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse (1897).

Prix de thèse 1894 (Médaille de bronze).

Prix Gaussail. Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse (1897).

ENSEIGNEMENT

Conférences à l'École pratique de la Faculté de Paris (1891 à 1894).

TRAVAUX PERSONNELS

1° TÊTE ET RACHIS

Note sur 12 cas de leucoplasies bucco-linguales. *Bull. de la Soc. Anat.*, 9 avril 1897. (En collaboration avec M. A. Pettit.)

L'épithélioma leucoplasique de la langue. *Archives générales de Médecine*, juillet et août 1897. (Asselin et Houzeau, 55 pages avec 4 planches.)

Les importantes communications de notre maître le professeur Le Dentu aux Congrès de Chirurgie de 1894 et 1896, son mémoire paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1896, ont remis en lumière les épithéliomas leucoplasiques bucco-linguaux et contribué pour la plus large part à résoudre par l'affirmative les rapports si longtemps discutés des leukokératoses et du cancer.

Nous avons pu réunir et examiner 12 pièces de leucoplasies dégénérées à des degrés divers, sur lesquelles, avec notre ami A. Pettit, nous avons suivi en ses stades successifs le passage de la plaque blanche à l'épithélioma typique. A l'aide de ces données, des faits et considérations déjà fournis par M. Le Dentu, des observations que nous avons recueillies çà et là dans la littérature médicale, soit un total de 67 cas, nous avons tenté de tracer à notre tour l'histoire de l'épithélioma leucoplasique de la langue.

Après Leloir, nous sommes revenus sur les caractères de la leukokératose pure et sur deux de nos pièces nous avons pu retrouver, comme l'avait indiqué cet auteur, la transformation cornée de l'épithélium avec hyperkératinisation intense atteignant jusqu'à 1 millim. d'épaisseur, l'apparition d'une couche de cellules à éléidine, l'épaississement scléreux du derme, feutré, vascularisé, infiltré de traînées embryonnaires orientées suivant la direction des vaisseaux.

A côté des leucoplasies régulières nous avons insisté, avec

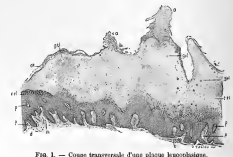


FIG. 1. — Coupe transversale d'une plaque leucoplasique.
ck. Couche cornée. — *c.el*. Couche à éléidine. — *g.el*. Gouttelettes d'éléidine.
— *p*. Papilles. — *d*. Derme.

exemples à l'appui, sur les *leukokératoses atypiques* encore mal

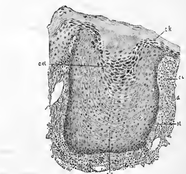


FIG. 2. — Coupe transversale d'une plaque leucoplasique, vue à un fort grossissement. Même légende que dans la fig. 1.

décrites et marquées soit par l'absence de la couche à éléidine,

soit par la diffusion ds cette substancs dans toute l'épaisscur dss strates superficielles, soit par le trés faible développement de la couche cornée.

Ces faits sont importants à connaître; ils montrent que l'absence dc l'un des caractéres classiques assignés par Leloir aux leukokératoses ne suffit pas à révoquer l'existence de leucoplasies indubitables de par ailleurs. Ce sont d'ailleurs les plus fréquents et leur affirmation nous a permis de discuter avcc plus de précision les

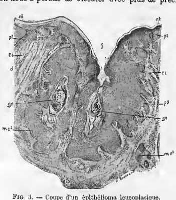


Fig. 3. — Coupe d'un épithélioma leucoplasique.
f. Fissure avec globe épidermique, *ge.* — Globes épidermiques isolés, *ge.* — *me.* Masses épithéliomateuses.

théoriss émises par Leloir sur les transformations et dégénérescencss possibles.

Ces transformations sont de dsux ordres : bénigne et maligne.

De la premiére, rare, nous avons fourni un cas personnel microscopiquement vérifié; elle se borne à l'hypertrophis papillomateuse simple, à l'exagération d'un caractère normal des leukokératoses : développement des papilles, épaississement du revêtemsnt corné. Ces papillomes leucoplasiques bénins, discutés par quelques-uns, nous paraissent hors ds contestation. Vidal st Trélat les considèrent comme uns premiére phase de la dégénérescence épithé-

liomateuse ; l'examen de Pilliet et Reclus et le nôtre montrent que malgré les apparences cliniques parfois suspectes, malgré les récidives, il n'en est pas toujours ainsi ; on doit cependant entourer leur pronostic de réserves prudentes, car Latteux a vu des globes épidermiques très nets en un cas qui avait offert d'abord la structure d'un papillome inoffensif.

La transformation maligne est beaucoup plus importante. Histologiquement étudiée pour la première fois mais faussement interprétée par Nedopil, elle a été plus exactement élucidée par Leloir et M. Le Dentu. Deux opinions successives ont eu cours à

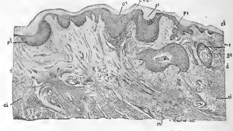


Fig. 4. — Coupe d'un épithélioma leucoplasique.
ch. Couche cornée. — *c. el.* Couche à éléidine. — *ge.* Globes épidermiques. — *ci.* Cellules inflammatoires.

son sujet. Pour Leloir, entre les deux termes extrêmes : leukokératose et cancroïde, il n'y aurait, comme Morris et Trélat l'avaient pensé, que des rapports médiats et indirects, impliquant la nécessité de phases intermédiaires inflammatoires et irritatives. La dékératinisation de la plaque blanche, sa fissuration ou son exulcération précéderaient l'épithéliomisation proprement dite ; l'irritation ferait son lit au néoplasme.

Au contraire, pour M. Le Dentu et pour nous, il est entre la leucoplasie et le cancer des rapports directs très étroits affirmés par la clinique et l'histologie. Six examens microscopiques des plus importants rapportés par notre maître dans la *Revue de chirurgie* de 1896 en donnent la preuve. L'un d'eux, capital, montre l'appa-

rition de globes épidermiques au sein même des couches épithéliales non dékératinisées. Nous avons pu faire pareille constatation sur une de nos pièces.

En examinant de près quelques observations anciennes, nous avons retrouvé le même fait dans des publications de Latteux, Marfan, Wallich, et avons joint à ces cas démonstratifs ceux de Gradenigo, Stanziale, Pilliet. Le même processus a d'ailleurs été signalé au niveau du vagin par Pichevin et Pettit, sur les muqueuses urinaires par Hallé. Il semble donc nettement établi à l'heure actuelle que de la leukokératose pure au pur cancer existent tous les intermédiaires, que l'épithéliomisation se peut faire directement par apparition des globes cornés au sein des couches hyperkératinisées et sans la dékératinisation et fissuration préalables exigées par Leloir. L'épithélioma n'est pas un accident des leukokératoses mais un de leurs modes évolutifs naturels, et toute plaque blanche doit être considérée comme un cancer en puissance.

Cette transformation maligne se présente-t-elle fréquemment? Oui, s'il faut en croire Morris, Trélat, Butlin et les faits que nous avons pu observer. Elle semble favorisée par les irritations mécaniques ou chimiques et se peut observer aux périodes les plus extrêmes, trois mois dans un cas de Durch, quarante ans dans un fait de Weir.

L'épithélioma leucoplasique offre quelques caractères particuliers dans son aspect et dans son évolution. Nous avons essayé de les mettre en lumière.

Dans son aspect, variable d'ailleurs, tantôt papillome végétant, tantôt ulcération nette à base indurée, plus rarement érosion superficielle, déchiquetée, tantôt enfin noyau arrondi, à surface bombée et rugueuse, le cancroïde d'origine leukokératosique se distingue souvent par de vagues traînées blanchâtres, vestiges de la plaque primitive, surtout par la multiplicité des foyers épithéliomateux, si rares d'ordinaire et que nous avons retrouvés dans le sixième des cas. Cette multiplicité trouve son explication dans la pluralité des foyers leucoplasiques aptes à dégénérer. Dans sa marche, ce même cancer se montre habituellement plus lent, plus bénin et moins sujet à la récidive après ablation.

Comparant les moyennes tirées des 67 observations par nous réunies, à celles que Willy Sachs a fournies sur les cancers ordinaires de la langue, nous avons trouvé pour l'infection ganglion-

naire : 47 p. 100 au lieu de 71 p. 100 ; pour les récidives : 60 p. 100 au lieu de 65 p. 100, dont 50 p. 100 dans les huits premiers mois au lieu de 80 p. 100. La repullulation paraît donc moins fréquente et moins précoce. Elle est aussi moins grave puisque nous avons relevé des guérisons durables après 7, 8, 9, 11, 13, 16, et 17 ans. D'ailleurs sur les malades opérés 51 p. 100 vivaient encore après un an ; 48,6 après 2 ans ; 34,3 après 7 ans, tandis que la statistique de Sachs accuse pour les mêmes périodes 47,3 p. 100; 34 p. 100 ; 13 p. 100.

Nous avons ainsi pu conclure, avec notre maître M. Le Dentu, que l'épithélioma leucoplasique, aboutissant inconstant mais naturel de la leukokératose, se montre généralement moins rapide dans sa marche, moins grave dans son évolution, plus justiciable par suite d'une intervention radicale qui paraît avoir donné parfois de très durables résultats.

Les déviations latérales du rachis dans le mal de Pott.
Mémoire présenté devant la *Société de médecine et de chirurgie de Toulouse*, 1897.

M. le professeur Lannelongue écrivait en 1888 dans son livre sur la tuberculose vertébrale : « Nous savons que par exception la gibbosité peut être déjetée latéralement. Il peut arriver que les déviations dans leur ensemble affectent une grande ressemblance avec celle de la scoliose ; la distinction présente alors de réelles difficultés. » C'est à l'étude de ces déviations anormales que nous avons consacré ce court mémoire fondé sur l'étude de trois observations personnelles et des faits nombreux que nous avons pu recueillir en France et à l'étranger.

Nous avons tenté de montrer que ces déviations, au moins à un faible degré, sont plus fréquentes qu'on ne l'avait encore cru et se peuvent montrer bien souvent lorsque le rachis n'a pas été rigoureusement soigné et immobilisé dès le début, surtout dans les formes dorsale supérieure ou dorso-lombaire ; nous en avons cependant rapporté un cas accentué dans un mal dorsal supérieur. Nous leur avons décrit trois formes : l'inclinaison latérale simple, le glissement latéral, l'inflexion à courbure plus ou moins arrondie combinée à une rotation variable. De sorte que tous les degrés

se peuvent observer depuis la véritable gibbosité latérale à tissu angulaire brusque, parfois double comme dans une de nos observations, jusqu'à la déformation sigmoïde en C ou en S, simulant la scoliose à s'y méprendre.

Pourtant existent quelques différences que nous avons essayé de mettre en lumière. Les déformations thoraciques, la bosse costo-scapulaire, si fréquentes dans la scoliose, sont exceptionnelles dans les formes irrégulières du mal de Pott ; nous les avons retrouvées dans trois cas seulement. La rotation, accentuée dans un de nos faits, est peu commune malgré l'opinion de Bartow et est inverse de celle de la scoliose. Alors que dans celle-ci les apophyses épineuses se tordent vers la concavité de la courbure et les corps vertébraux vers la convexité, dans le mal de Pott à inflexions latérales, les épines se dirigent habituellement vers la convexité et les corps vers la concavité. Nous avons insisté sur ce fait que dans la tuberculose vertébrale, ces courbures apparaissent parfois et s'établissent rapidement ; ce brusque début et cette marche hâtive sont faits pour provoquer des doutes légitimes. Elles sont essentiellement mobiles, variables avec le repos, la fatigue, la station, car elles sont dues beaucoup plus à des contractures de vigilance qu'à des altérations morphologiques des vertèbres, au moins au début. Plus tard, à l'action musculaire vient se joindre l'effet de la lésion anatomique elle-même : alors apparaissent des abcès froids, des points douloureux, des troubles radiculo-médullaires qui permettent d'éloigner toute erreur. Mais en quelques cas, alors que tout signe fonctionnel ou physique faisait défaut en dehors de la déviation latérale, le diagnostic a pu rester en suspens et deux faits rapportés par notre maître, le professeur Le Dentu, dans une clinique récente, en sont des exemples typiques.

Ailleurs, et nous en avons cité deux cas, une scoliose vraie se peut compliquer d'une petite saillie antéro-postérieure simulant une gibbosité légère ; alors la radiographie pourrait être très utilement employée.

Ces déviations anormales sont justiciables des moyens ordinaires : redressement lent, extension continue ; immobilisation correcte et prolongée, qui, dans le premier de nos faits, ont donné entière satisfaction.

Spina-bifida dorso-lombaire avec double luxation congénitale de la hanche et pied bot varus bilatéral. Communication à la *Soc. anat.*, 25 mars 1898.

Ce fait concerne un garçon que nous vîmes onze jours après sa naissance, avec un spina-bifida volumineux aux téguments amincis, enflammés et en voie d'ulcération. Toute intervention nous fut refusée ; l'enfant mourut sans que nous ayons pu examiner post-mortem les parties atteintes. L'observation nous a paru digne d'être rapportée à l'heure où sous l'influence des communications de M. Lannelongue et des travaux de ses élèves, on tend à établir des relations directes entre les malformations des membres et les lésions primitives des centres nerveux.

Kyste congénital de la région postérieure du tronc. Communication à la *Société anatomique*, 25 mars 1898.

Nous avons eu l'occasion d'examiner un fœtus du sexe féminin,



long de 18 centimètres, expulsé au septième mois d'une grossesse gémellaire, en présentation du siège. Il offrait des malforma-

tions multiples portant sur les membres inférieurs et supérieurs, sur la face et sur les viscères abdomino-thoraciques. Mais ce qui fait l'intérêt principal de cette pièce, c'est l'existence d'une très volumineuse poche kystique occupant toute la région postérieure du tronc, étendue de la fontanelle postérieure à la région sacro-



coccygienne, subdivisée par de minces cloisons aréolaires en loges secondaires et contenant un liquide séro-citrin légèrement filant. L'examen histologique de la poche sera ultérieurement publié et fera connaître la nature exacte de ce kyste. Mais s'il est vrai que ce soit là un vrai kyste séreux congénital, des recherches bibliographiques sommaires ne nous ont pas permis d'en trouver d'aussi volumineux.

2° THORAX

Sarcome kystique du sein avec vastes foyers hémorrhagiques. Communication à la *Société anatomique*, février 1894, p. 158.

Abcès froid calcifié de la plèvre. Communication à la *Société anatomique*, 9 avril 1897.

De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du cœur et du péricarde. *Gazette hebdomadaire*, février 1898, nº 17.

Aucun travail d'ensemble n'avait encore paru en France sur ce sujet tout d'actualité, puisque c'est de quelques années à peine que datent en réalité les premières recherches expérimentales sur l'animal et les premières applications à l'homme. Nous avons rassemblé les faits publiés jusqu'à ce jour, soit dix cas d'intervention pour plaies du péricarde, avec cinq guérisons et cinq morts, et quatre cas d'intervention pour plaie du cœur avec deux guérisons et deux morts, lesquelles paraissent dues à des complications indépendantes du traitement.

Des faits expérimentaux et cliniques que nous avons rappelés, nous avons voulu dégager quelques enseignements techniques que nous avons pu vérifier en partie au cours de recherches entreprises sur l'anatomie de la plèvre et du thorax. Nous résumons très rapidement le manuel opératoire qui nous semble devoir être adopté : résection préliminaire des quatrième, cinquième et sixième cartilages gauches avec une partie de leurs côtes ; découverte du péricarde ; exploration de ce sac ; s'il y a lieu, incision du péricarde pour examiner le cœur et agir sur lui à l'aide de sutures au catgut difficiles mais non impossibles à placer ; drainage de l'espace prépéricardique.

Mais la question délicate est celle des indications ou contre-indications, pour lesquelles est bien utile un diagnostic à peu près exact que l'on tirera de l'examen soigneux des conditions locales et générales du blessé, de la radioscopie, de la phonendoscopie surtout qui nous semble destinée à rendre ici les plus grands services, enfin de l'incision exploratrice préconisée par Rehn.

Nous croyons qu'il ne saurait aucunement être question à l'heure actuelle d'intervenir dans tous les cas. Au cœur le problème nous paraît devoir se poser comme au poumon, au foie blessés ou à la trompe gravide rompue. L'acte opératoire est encore trop sérieux pour qu'on le tente sans motifs urgents ; c'est la marche des accidents qui commandera les indications opératoires. Si l'hémorrhagie paraît minime ou stationnaire il faudra, sous le contrôle d'une antisepsie et d'une surveillance sévères, attendre l'hémostase spontanée, laquelle n'est pas extrêmement rare. Mais dans les condi-

tions inverses, la gravité certaine des accidents à venir, les perfectionnements de la technique, enfin les résultats dès aujourd'hui acquis autorisent maintenant le chirurgien à intervenir hardiment; il faut arrêter la mort par une hémostase directe.

A côté des plaies par instruments tranchants, piquants ou armes à feu, nous avons rangé les contusions graves ou ruptures. Leur gravité ne le cède en rien à celles des plaies, mais elle n'est pas toujours immédiate, comme nous en avons fourni quelques exemples, et d'autre part les lésions anatomiques se peuvent montrer minimes, limitées à une rupture incomplète ou à une fissure à bords nets, parfaitement assimilables aux plaies proprement dites. Pourquoi de tels faits ne bénéficieraient-ils pas au besoin de l'action chirurgicale ? Mansell-Moullin a l'an passé obtenu un magnifique succès dans une contusion pareille provoquée par un violent coup de pied. Ce fait, unique encore, est pourtant trop heureux pour ne pas servir d'exemple.

Les accidents nerveux au cours de l'empyème. *Gazette des hôpitaux*, janvier 1898, n° 12.

Au cours de longues recherches sur les pleurésies purulentes et guidé par deux faits personnels d'éclampsie et d'hystérie pleurales, nous avons rassemblé un total de 87 faits, avec lesquels, après Bouveret et Jeanselme, nous avons repris l'étude des accidents nerveux multiples qui se peuvent observer au cours de l'empyème. Après une critique de la classification adoptée par Bouveret, nous proposons avec Jeanselme une division nouvelle, qui nous semble plus conforme à la réalité clinique, en trois grandes formes : syncopale, convulsive, hémiplégique, chacune d'elles comportant deux variétés secondaires.

La forme syncopale peut être pure ou s'accompagner de convulsions légères. Dans le premier cas, la mortalité est de 80 p. 100 ; dans le second, de 33 p. 100 seulement.

La forme convulsive semble la plus commune. Comme la précédente, elle est pure et fournit alors 45 p. 100 de décès, ou s'accompagne de troubles parétiques fugaces ; elle est alors plus bénigne et la mortalité tombe à moins de 20 p. 100. Les accès peuvent être parfois assez répétés pour constituer une sorte d'état de mal épi-

leptique beaucoup plus grave (71 p. 100 de morts) que les crises isolées.

La forme hémiplégique est la plus rare et la plus bénigne; la mort est notée une seule fois sur 15 cas, encore peut-elle reconnaître d'autres causes que les désordres nerveux eux-mêmes. Elle s'accompagne presque toujours de troubles sensitifs et sensoriels qui doivent, comme le pense Jeanselme, lui assigner une place à part et la rapprocher des hystéries viscérales.

A la suite de ces faits nous avons rapporté quelques exemples curieux de troubles mentaux survenus au cours de pleurésies purulentes et guéris avec ces dernières.

La pathogénie de ces accidents nerveux a donné lieu à nombre d'hypothèses que nous avons rangées sous trois titres : mécaniques, toxiques et dynamique ou réflexe. Les expériences de Laborde, Gilbert et Roger, Lamandé, les nôtres, les faits nombreux et précis que nous avons pu recueillir plaident en faveur de cette dernière. Malgré le très récent plaidoyer de Talamon, il ne nous paraît pas que la toxi-infection suffise seule à expliquer pourquoi les centres nerveux répondent immédiatement aux excitations de la séreuse avec une précision presque mathématique et seulement à l'occasion de ces excitations ; nous croyons qu'elle joue seulement un rôle préparatoire en augmentant l'excitabilité bulbaire.

D'ailleurs, de par la marche, la terminaison, la gravité bien différente, nous croyons que les troubles nerveux observés au cours de l'empyème se peuvent diviser en grands et petits accidents. Les premiers, syncopaux ou convulsifs, souvent mortels, relèveraient de la toxi-infection. Les seconds, hémiplégiques, bénins, seraient du domaine de l'hystéro-traumatisme.

Les empyèmes chroniques. *Archives générales de médecine*, novembre, décembre 1897, janvier 1898.

Thèrapeutique des empyèmes. Mémoire couronné par la *Société de Médecine de Toulouse*, prix Gaussail, 1897, et un volume de 394 p. avec figures, chez Steinheil, 1898.

Les recherches bactériologiques entreprises depuis 1890 et qui ont semblé un moment devoir bouleverser et régir à la fois la thé-

rapeutique des pleurésies purulentes, les procédés opératoires nombreux qui se sont récemment essayés en des sens divers, les discussions soutenues au sein des Sociétés médico-chirurgicales en France et à l'étranger, ont donné à la vieille question des empyèmes un regain d'actualité. A l'aide de patientes investigations bibliographiques, de statistiques documentées, de nombreuses recherches personnelles, nous avons essayé de fixer l'état actuel de la question.

Notre livre comprend deux parties similaires, consacrées l'une à l'étude des empyèmes récents ou aigus, l'autre à celle des empyèmes chroniques. Dans chacune d'elles nous avons envisagé l'étiologie, la bactériologie et la marche générale des variétés principales d'empyèmes ; à la suite, nous avons étudié les méthodes thérapeutiques dans leur manuel opératoire, leurs suites normales ou pathologiques, leurs résultats et leurs indications. Nos conclusions s'appuient sur un total de plus de 3,000 observations dont la très grande majorité extraites de statistiques intégrales, ce qui en augmente d'autant la valeur.

Les procédés opératoires employés dans les empyèmes récents peuvent se ranger en trois groupes : la thoracentèse, le drainage aspiratif, la pleurotomie. La thoracentèse, malgré la faveur et le retour passagers dont elle a été l'objet depuis 1890, ne saurait, pour nous, constituer autre chose qu'un excellent moyen de diagnostic et de soulagement momentané en cas d'urgence, lorsqu'il faut parer à une dyspnée extrême, à une asphyxie imminente, à des troubles cardiaques immédiats. Nous avons rassemblé un total de 435 faits sur lesquels elle a fourni 13 p. 100 de morts et 64 p. 100 d'échecs chez l'enfant ; 20 p. 100 de morts chez l'adulte. et nous avons cru pouvoir conclure que la thoracentèse ne doit jamais être élevée au rang de méthode de choix, quels que soient l'âge du sujet et la nature microbienne de l'épanchement.

Le drainage aspiratif comprend deux modes principaux : drainage par ponction (méthode de Playfair-Bulaü), drainage par pleurotomie (méthode de Tachard-Revilliod). Nous avons essayé de mettre en lumière tous les avantages de cette méthode, mal connue et très peu employée en France. Nous avons colligé 300 cas où elle a été employée avec 75 p. 100 de succès et 14 p. 100 de mort en chiffres bruts. Mais le pourcentage des guérisons s'élève

à 86,7 pour les empyémes simples, et même à 92,8 pour les pleurésies métapneumoniques, avec une durée moyenne pour le traitement, de vingt-trois jours. Il faut donc se demander si le drainage aspiratif ne mérite pas une faveur plus grande au moins dans les cas d'allure bénigne, chez les trés jeunes enfants, et si l'usage du siphon après la pleurotomie, selon le faire de Revilliod qui combine ainsi les avantages de l'aspiration et de l'incision, ne doit pas se généraliser davantage.

La pleurotomie cependant reste pour nous la méthode de choix. Elle peut se borner à l'incision simple ou s'accompagner d'une résection costale primitive limitée. Nous donnons la préférence à cette résection uni ou bicostale, aussi simple et plus efficace, mais nous repoussons les désossements étendus à la façon d'Estlander que tout dernièrement certains auteurs ont proposés pour activer la guérison des empyémes récents. Sur la technique de la pleurotomie nous avons longuement insisté. A l'aide de recherches anatomiques nous avons précisé, aprés Walther, la situation exacte des culs-de-sac pleuraux et du point déclive dans la station verticale ou horizontale. Nous avons conseillé l'incision franchement postérieure dans le neuvième espace et préconisé la suppression des lavages, sauf indications spéciales précises.

La pleurotomie fournit d'excellents résultats, surtout lorsqu'elle se combine à la résection costale primitive. Au-dessous de 3 ans, nous avons montré que la mortalité reste considérable et varie de 35 à 48 p. 100, mais elle est due beaucoup plus à la gravité de la pleurésie elle-même qu'à celle de l'opération. Passé cet âge, le pourcentage des décès tombe brusquement à 14 ou 16 p. 100 chez l'enfant, à 6 ou 9 p. 100 chez l'adulte. La résection primitive l'emporte nettement comme nombre et rapidité des guérisons, quel que soit l'âge du malade ; elle a donné à Schede jusqu'à 92 p. 100 de succès dans les cas simples et notre statistique personnelle accuse, tous cas compris, 85 p. 100 de guérisons rapides, contre 77 p. 100 qui reviennent à l'incision simple.

Nous avons longuement étudié dans un chapitre spécial les indications bactériologiques des empyémes ; seules les pleurésies purulentes tuberculeuses nous retiendront ici. Par l'examen de 168 cas nous avons montré qu'elles sont comme les autres justiciables de la pleurotomie large et précoce qui a pu donner dans

ces conditions favorables jusqu'à 43 et même 55 p. 100 de succès rapides et durables, entre les mains de Küster et de Schede. Les méthodes palliatives ne trouvent leur indication formelle que si l'empyème est pur de toute association microbienne secondaire et s'il existe des lésions pulmonaires trop avancées.

Les indications anatomiques des empyèmes ont été passées en revue. Nous avons particulièrement insisté sur l'empyème double, à peine étudié jusqu'ici et dont nous avons réuni 53 faits ; certains d'entre eux prouvent qu'en cas d'absolue nécessité on peut inciser presque simultanément les deux plèvres, en dépit des craintes de collapsus pulmonaire double que l'on eût pu théoriquement redouter.

Les empyèmes chroniques intéressent au moins autant le chirurgien. Nous avons longuement étudié leurs caractères anatomiques, le siège, la forme, les rapports des cavités purulentes et des trajets fistuleux, l'état de la plèvre, du poumon et de la paroi thoracique, d'où découlent des indications opératoires de premier ordre. Nous avons essayé de montrer que les lésions pulmonaires irrémédiables étaient plus rares qu'on ne l'avait dit encore, que l'organe reste très ordinairement susceptible d'une réexpansion utile, justiciable par suite d'une décortication à la Delorme. A

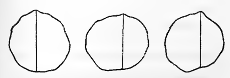


Fig. 5. — Déformations thoraciques à la suite de fistules pleurales.

l'aide de tracés cyrtométriques, nous avons tenté d'établir le type du thorax fistuleux et d'élucider le processus mécanique des déformations observées.

L'exploration des cavités et des trajets a été étudiée avec soin ; nous avons mis en lumière les avantages de la radiographie et de la phonendoscopie ; nous croyons être le premier à avoir appliqué cette dernière à l'étude des empyèmes chroniques, et nous avons

pu sur quatre malades vérifier l'exactitude des renseignements qu'elle nous a fournis.

Sur la technique des procédés opératoires anciens ou récents que nous avons groupés en *thoracectomies* ou résections proprement dites, *thoracoplasties* ou résections modelantes, *thoracotomies* ou résections temporaires, *décortication pulmonaire* de Delorme, nous avons insisté comme il convient et apporté l'appoint de nos recherches personnelles. Par de nombreuses expériences sur le cadavre, nous avons essayé d'établir, autant que

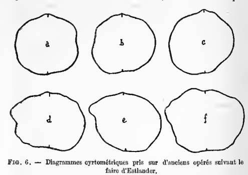


Fig. 6. — Diagrammes cyrtométriques pris sur d'anciens opérés suivant le faire d'Estlander.

faire se peut, la valeur et les indications respectives de ces méthodes diverses.

L'opération d'Estlander en reste le type. Elle agit assez efficacement dans le sens transversal et horizontal, moins dans le sens vertical, ménage trop l'angle costal postérieur sous lequel siègent volontiers les cavités rebelles et se montre impuissante en face des chambres profondes. Elle convient donc surtout aux poches latérales de profondeur et de dimensions moyennes, mais en ce cas peut donner de très bons résultats. Cependant certains auteurs, à l'étranger particulièrement, ont eu recours avec succès à des résections très étendues : celles-ci n'en restent pas moins plus graves et doivent céder le pas à des interventions d'un autre genre.

Est-ce à l'opération de Schede ? Nous ne le croyons pas. Inutile lorsque la poche est petite, elle produit en présence d'une vaste cavité une brèche tellement considérable qu'elle exige du malade une force de résistance bien considérable et cause une mortalité qui, d'après la dernière statistique de Schede, n'est pas inférieure à 40 p. 100. Les mêmes objections s'appliquent aux résec-

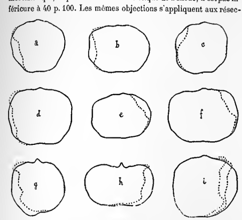


FIG. 7. — Diagrammes cyrtométriques destinés à montrer l'action comparée des opérations de Estlander, Quénu et Schede.

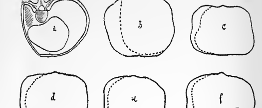
a, *c*, *c*. Estlander antéro-latéral, latéral et postérieur. — *d*, *e*, *f*. Quénu latéral et postérieur. — *g*, *h*, Quénu latéraux après dépouillement des parties molles du thorax. — *i*. Quénu latéral suivi d'un Schede supplémentaire.

tions hémithoraciques totales exécutées pourtant avec succès par Tillmanns, Ceci, Bajardi, Keen, Guterbock, etc.

Les thoracoplasties proprement dites paraissent préférables, surtout le procédé de Quénu qui a déjà fait ses preuves (nous en avons réuni 12 cas) et offre le très gros avantage de s'adapter aisément aux conditions anatomiques particulières des cas.

Il est d'une exécution facile et amène dans le sens transversal un affaissement supérieur à celui que fournissent tous les autres

procédés. Enfin, reporté suffisamment en arrière, il abat très bien l'angle costal postérieur.



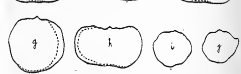




Fig. 8. — Diagrammes cyrtométriques destinés à montrer l'action comparée des opérations de Boiffin et de Jaboulay. (Rapprocher de la fig. 7.)

a, *b*. L'opération de Boiffin d'après Gourdet. — *c*, *d*, *e*, *f*. Opérations de Boiffin. — *g*, *h*. *Idem* sur des thorax dépouillés de leurs parties molles. — *i*, *j*. Coupes horizontales d'un Boiffin au-dessous et au niveau de la troisième côte, pour montrer le sinus angulaire que cette côte détermine par sa saillie. — *k*. Quénu combiné au Boiffin. — *l*, *m*. Opération de Jaboulay.

Les procédés de Jaboulay et de Boiffin qu'on a voulu lui opposer nous semblent au contraire lui être notablement inférieurs. Le premier produit un changement morphologique du thorax à peine

appréciable, variable avec l'élasticité des côtes et il ne faut pas oublier que celle-ci est bien réduite sinon complètement supprimée dans les empyèmes chroniques. Le second, malgré le chaud plaidoyer de Gourdet, offre des avantages plus théoriques que pratiques. Étudié surtout expérimentalement, car on l'a une fois seulement appliqué au malade avec un succès médiocre, il nous a paru, d'après nos recherches personnelles, long et difficile à exécuter, sans que des inconvénients sérieux sinon insurmontables soient rachetés par une action plus efficace.

La décortication pulmonaire est encore de date trop récente pour qu'on en puisse sainement juger les fruits. Nous avons pu en rassembler 29 cas avec 45 p. 100 de succès parfaits au point de vue de réexpansion pulmonaire et 41 p. 100 de résultats à peu près nuls. Quatre malades ont succombé, soit 14 p. 100, mais ils étaient tuberculeux. Cette statistique assurément très favorable, les magnifiques guérisons obtenues par Delorme, Lardy, Lambotte, Roux de Lausanne, Veslin d'Evreux, etc., permettent d'affirmer l'excellence de cette méthode nouvelle lorsqu'elle est pratiquement applicable et l'avenir qui lui semble réservé.

Ces considérations multiples nous ont amené aux conclusions suivantes : dans les cavités petites ou moyennes, recourir à l'Estlander ou aux procédés de Delagenière et de Quénu ; — dans les cavités vastes et profondes, lorsque l'état général est bon, tenter la décortication ; autrement et si cette décortication se montre impossible, recourir soit à l'opération de Quénu, soit aux résections complémentaires et successives auxquelles la majorité de nos chirurgiens français est toujours demeurée fidèle.

3° ABDOMEN

Kystes hydatiques multiples du foie, accidents nerveux ; mort subite. In *Thérapeutique des empyèmes, loc. cit.*

L'intérêt de cette observation, communiquée en 1889 à la Société anatomique, réside dans la mort subite du malade, provoquée par une injection d'eau boriquée chaude dans une des poches

kystiques marsupialisées, alors que toute narcose était terminée. Cet accident est à rapprocher des troubles nerveux pareils observés au cours de l'empyème et s'explique comme eux sans doute par un acte réflexe empruntant la voie du pneumogastrique pour agir sur les centres bulbaires.

Des fistules anales sous-muqueuses. *Gazette hebdomadaire*, 1889, nº 24.

Notre maître, M. Reclus, a, depuis longtemps, dans ses cliniques et dans les thèses de ses élèves Méloche et Barrau de Muratel, insisté sur la fréquence toute particulière des fistules intra-sphinctériennes, dont, pour Méloche, la proportion s'élèverait à 66 p. 100 environ. Nous rapportons, dans cette courte note, six observations personnelles de fistules ano-rectales, recueillies à l'hôpital Broussais, toutes sous-cutanéo-muqueuses, et qui viennent ainsi confirmer l'opinion de notre maître. Ces faits n'ont pas que la valeur d'une simple constatation anatomique, et il faut aller au delà. Comme les trajets fistuleux impliquent l'existence d'abcès préalables, le siège de ceux-là indique le siége de ceux-ci. Les abcès intrasphinctériens sont, comme les fistules intrasphinctériennes, de beaucoup les plus fréquents ?

Dès lors pourquoi redouter de les éventrer largement à la Faget, puisque le sphincter restera hors des atteintes du bistouri.

Hernie inguinale épiploïque avec déformation de l'estomac.
Communication à la *Société anat.*, 9 avril 1897.

Recueillie sur un sujet de l'École pratique, cette pièce mérite quelque attention de par la déformation de l'estomac due au tiraillement du grand épiploon hernié, lequel avait entraîné la grande courbure de l'organe jusqu'à l'anneau inguinal interne. Retenu à ses deux extrémités cardiaque et pylorique, abaissé à sa partie moyenne, l'estomac offrait ainsi la forme d'un V très accentué, et on peut vraisemblablement supposer que cette dislocation véritable a dû ou aurait pu causer des troubles digestifs sérieux.

4° ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Adénopathie inguinale d'origine utérine. *Bull. de la Soc. anatomique*, février 1894, p. 165.

Chez une femme de 61 ans, observée dans le service de notre maître, M. Le Dentu, et porteuse d'un cancer du corps de l'utérus, une masse saillante et volumineuse existait dans l'aine droite, formée manifestement par des ganglions dégénérés.

Nous avons eu l'an dernier l'occasion d'observer un deuxième cas semblable au précédent, à droite également, chez une femme de 59 ans qui ne tarda pas à succomber aux suites d'un néoplasme utérin.

Les adénopathies d'origine utérine sont rares. Signalées par Aubry et Robert en 1848, par F. Dreyfous (*Soc. anatom.*, 1877 et 1889), par P. Delbet qui en 1888 a publié un cas d'adénite aiguë à rechute consécutive à une métrite corporelle, par Gilis de Montpellier (*Montpellier médical*, 1896), elles sont le témoignage pathologique des vaisseaux blancs que Mascagni avait signalés, allant de la matrice à l'aine par le ligament rond.

Grossesse tubaire. Rupture. Mort par hémorrhagie. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894.

Des hémorrhagiee intra-péritonéales et de l'hématocéle pelvienne, considérées particulièrement dans leure rapports avec la grosseese tubaire. Thèse de doctorat, 1894, in-8°, 190 pages, avec 2 planches. Steinheil. Ouvrage récompensé par la Faculté de médecine ; prix de thèse, 1894.

Lee hémorrhagies et l'hématocèle pelvienne intra-péritonéalee. *Gazette des hôpitaux*, 11 et 18 juillet 1896.

L'avortement tubaire. *Semaine gynécologique*, 12 et 19 mai 1896.

Un cas de mort rapide par rupture d'une grossesse tubaire, observé au cours de notre internat dans le service de M. Le Dentu,

nous frappa suffisamment par son allure dramatique pour nous engager à étudier ce sujet alors relativement peu connu en France, malgré les remarquables travaux da Pilliet at les excellentes thèses de nos amis Binaud et Gauthier.

A cette question des grossesses tubaires peu avancées, chirurgicales, si j'ose ainsi parler pour lea opposer aux grossesses tubaires plus âgées que l'on pourrait nommer obstétricales, nous avons consacré notre thèse inaugurale et quelques publications ultérieures confirmant ou développant les idées émisas dans notre pramier travail.

Par une coïncidence curieuse et qui n'a eu rien de voulu de notre part, mon père le Dr Cestan avait, en 1854, alors qu'il était l'élève de Nélaton et de Nonat, étudié lui-même dans sa thèsa l'hématocèle rétro-utérine, sujet nouveau et à l'ordre du jour de l'époque. De 1854 à 1894, l'écart est grand dans les idées comme dans les dates et l'on peut, par la lecture de nos deux thèses, mesurer facilemant le chemin parcouru en ces quarante ans.

Par une loi que l'on pourrait étendra à toutes les choses de la médacine et de la chirurgia, la pathogénia at la thérapeutiqua des hémorrhagies et des hématocèles pelviennes sont restées bien longtemps imprécises alors qua la clinique en avait été déjà presqua parfaitement exposée. Il a fallu, pour éclaircir l'une et fixer l'autre, la venue du microscope et da l'antisapsia, las opérations hardies sur le vivant qui ont permis da surprendre las phénomènes au cours même de leur évolution. C'est à l'étnde da cetta pathogénia et da ce traitement que nous nous sommes particulièrement attaché.

Nous avons examiné les nombreuses théories successivement émisas pour expliquer la raptus sanguin ; par une analysa serrée des observations fournies à leur appui, nous croyons avoir montré d'abord leur insuffisance, puis et pour toutes l'existence d'une grossessa extra-utérine méconnua ou reléguéa au second plan parce qu'on n'en soupçonnait pas alors l'importanca.

C'est ainsi que nous avons rejeté : l'exhalaison sanguine aiguë du péritoine, défendue par Tardieu ; — la pachypelvipéritonita hémorrhagique, soutenue par Bernutz et Besnier dont les six observations renferment toutes des signes indéniables de grossessa tubaira ; — les hémorrhagias ovariennas da Laugier et Gallard ou

venues du plexus veineux utéro-ovarien, comme le voulaient Richet et Devalz — et l'hématocèle cataméniale de Puech et Trousseau.

Le sang vient de la trompe malade ou gravide. L'hématosalpingite purement inflammatoire existe sans conteste, mais elle nous paraît trop rare et trop limitée pour entrer sérieusement en ligne de compte.

C'est donc à la trompe gravide que nous croyons, avec Lawson



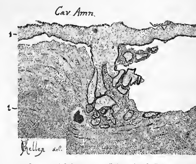
Grossesse tubaire rompue. (Préparation de PILLIET.)
Coupe de la paroi tubaire.

La figure représente une villosité du placenta (c), coiffée de ses cellules à noyaux multiples s'enfonçant dans un lac sanguin (b) de la muqueuse tubaire. Ce lac sanguin est creusé dans les plans musculaires de la trompe ; et la paroi musculaire (a) est extrêmement réduite. Cette pièce explique la rupture possible de la trompe par la pénétration des villosités placentaires dans l'épaisseur de la paroi tubaire.

Tait, Binaud, Gauthier, Pilliet et bien d'autres, devoir rapporter, l'on peut dire toujours, l'origine des hémorrhagies. Nous en avons pu trouver la preuve dans les plus vieilles observations et en avons rassemblé dans nos diverses publications plus de 500 cas, chiffre qui serait facilement augmenté si l'on y voulait joindre les faits nombreux chaque jour publiés.

Avec Pilliet et Gauthier, nous avons tenté d'élucider par quel mécanisme la grossesse tubaire conduit presque fatalement à des

accidents hémorrhagiques souvent redoutables. Nous avons montré comment l'insuffisance vasculaire et musculaire de la trompe entraînaient : pour l'œuf, une placentation imparfaite mal développée et peu solide, d'où hémorrhagies intertubo-placentaires faciles par atrophie des villosités choriales ; — pour la trompe, une distension marquée et un taraudement par les vrilles placentaires, d'où amincissement extrême. Qu'alors, au cours de ces conditions fâcheuses,



Grossesse tubaire rompue. (Préparation de PILLIET.)
Coupe des villosités du caillot.

Cette pièce représente la paroi de la cavité amniotique, laquelle cavité ne contenait pas de fœtus (1) ; de cette paroi se détache un bouquet de villosités qui se ramifient et s'enfoncent dans un caillot sanguin (2). Elles commencent à s'œdématier en leur centre et à subir la dégénérescence myxomateuse. Les plus profondes sont chargées de pigment sanguin. Le caillot est formé de couches stratifiées. La paroi de la trompe n'est pas figurée dans ce dessin.

surviennent une congestion menstruelle ou sexuelle, un choc, un effort et trois accidents se peuvent produire que nous avons passés en revue : l'hématosalpinx, l'avortement tubaire, la rupture tubaire.

Nous avons essayé d'esquisser la physionomie anatomo-clinique de l'avortement tubaire proprement dit, étudié à l'étranger par Martin et Zedel, mais encore mal connu en France. Nous entendons par là l'expulsion de l'œuf tubaire décollé, sans rupture

des parois de l'oviducte, et nous en avons distingué deux variétés : tubo-péritonéale et tubo-utérine. Celle-ci, à peine signalée, nous semble moins rare qu'elle n'a paru encore, car elle est bien facile à confondre avec un avortement utérin véritable ; il est probable qu'un certain nombre de fausses couches « utérines » sont en réalité des fausses couches « tubaires ».

La rupture est des trois fins habituelles de la grossesse ectopique la plus fréquente sans doute et sûrement la plus grave. D'après l'analyse des observations que nous avons réunies, comme il résultait d'ailleurs des recherches antérieures, elle survient de la quatrième à la douzième semaine, 44 fois p. 100 dans le cours du second mois ; 30 fois p. 100 dans le cours du troisième. Nous en avons distingué deux types : rupture primitive, rupture secondaire et en avons étudié les caractères anatomiques et évolutifs spéciaux.

Avortement et rupture s'accompagnent d'un raptus sanguin péritonéal d'abondance variable qui peut ou bien tuer la femme en quelques instants ou quelques heures (inondation péritonéale, hématocèle cataclysmique), ou bien s'enkyster dans les culs-de-sac péri-utérins et constituer la classique hématocèle. Nous avons essayé d'élucider les conditions qui empêchent ou favorisent l'enkystement et l'hémostase spontanée. Il nous a paru que l'inflammation préalable du péritoine, l'âge de la grossesse ectopique sont des facteurs appréciables mais trop souvent en défaut pour être les plus importants. Nous croyons que les lésions de la trompe jouent un rôle autrement considérable. Ces hémorrhagies modérées, souvent répétées, qui se collectent et s'enkystent, proviennent soit d'une éraillure minime des parois de l'oviducte, soit et plus volontiers d'un avortement tubaire vrai. — Au contraire, c'est à la rupture large de la trompe qu'il faut rapporter ces raptus sanguins formidables que Tait et les Américains nous ont appris à redouter.

Quelle est la fréquence relative de ces deux variétés : bénigne et grave ? Les auteurs ne s'entendent pas. A l'étranger, les hémorrhagies profuses passent pour être communes, je dirai même pour être la règle. En France, nos classiques les considèrent comme exceptionnelles et prêtent à la rupture un pronostic très bénin. Cependant dans notre thèse, nous avons relevé une mortalité de 86 p. 100 pour les ruptures abandonnées à elles-mêmes et l'expé-

rience de chaque jour permet de mieux connaître le haut caractère de gravité, jadis trop laissé dans l'ombre. Ceci n'a pas qu'un intérêt théorique; des indications opératoires précises en découlent directement.

Au point de vue anatomique, nous avons insisté plus qu'on ne l'avait fait encore sur les siéges anormaux de l'hématocéle déterminés par des adhérences préalables ou une situation inusuelle des annexes rompues. Nous avons ainsi décrit des hématocèles latéro-utérines, anté-utérines, assez fréquentes; des collections iliaques déjà plus rares, enfin des épanchements sanguins extra-pelviens, très élevés, lombaires et même sous-hépatiques qui peuvent donner lieu à des difficultés particulières pour le diagnostic et à des indications spéciales pour le traitement.

Cliniquement nous avons distingué trois types principaux: l'inondation péritonéale, l'hémorrhagie grave mais non mortelle, l'hémorrhagie faible, continue ou par poussées qui conduit à l'hématocèle. Nous avons signalé la physionomie particulière que peuvent déterminer la prédominance ou le caractère anormal de tel symptôme physique ou fonctionnel, capables d'égarer le diagnostic et de simuler là un empoisonnement, un étranglement interne, une péritonite subaiguë, une appendicite, ailleurs un fibrome, un pyosalpinx ou un kyste ovarique.

Enfin nous avons consacré de longues pages à l'étude du traitement; nous croyons pouvoir noter que les conclusions, adoptées en fin de compte par la Société de chirurgie en 1896, sont justement celles que nous avions émises et défendues dans notre thèse de 1894.

Contre la grossesse ectopique non encore rompue, nous avons adopté la laparotomie précoce et rejeté la voie vaginale employée par Dührssen et quelques autres.

Contre les ruptures graves avec signes alarmants d'hémorrhagie interne, nous avons chaudement défendu la cause de l'intervention d'urgence par voie abdominale qui seule peut donner le jour et la sécurité nécessaires à une hémostase rapide. Nous avons montré que l'expectation fournit en ce cas 86 p. 100 de mortalité, que l'intervention donne, au contraire, 84 p. 100 de guérisons, chiffre porté à 86,4 dans la thèse plus récente de Choyau qui confirme ainsi nos assertions. Nous avons montré aussi que cette

intervention doit être hâtive, car elle donne alors 85 p. 100 de survies au lieu de 82 p. 100 fournies par les opérations faites un peu plus tard. Avec la technique à suivre, nous avons dès 1894 étudié soigneusement les bons effets des injections sous-cutanées ou intraveineuses de solutions salines, aujourd'hui si communément employées.

Contre l'hématocèle constituée et malgré que l'expectation ait pu donner de bons résultats, nous avons préconisé l'action directe. Des deux voies proposées, abdominale et vaginale, c'est à celle-ci que nous avons donné résolument nos préférences, à moins que le siège élevé ou anormal de la collection ne commande une autre indication. La colpotomie, seule de mise d'ailleurs lorsque l'hématocèle est suppurée, reste toujours trop simple, trop bénigne et trop efficace, malgré les objections de ses adversaires, pour ne pas être préférée à sa rivale dont les partisans sont bien réduits aujourd'hui.

Nous avons appuyé ces conclusions de chiffres nombreux extraits de l'analyse des 531 observations que nous avons pu réunir. Nous rappellerons seulement ici les principaux : dans les inondations péritonéales, l'expectation a donné 86 p. 100 de morts et la laparotomie d'urgence, 85 p. 100 de guérison. — Dans l'hématocèle constituée, la laparotomie a fourni 80 p. 100 de succès et la colpotomie 99,9 p. 100. Ces résultats se peuvent passer de commentaires.

Des fistules urétéro-vaginales post-opératoires et de leur traitement. *Gazette hebdomadaire*, 1896, nº 16, p. 181.

Aujourd'hui que l'hystérectomie abdominale totale semble gagner rapidement du terrain aux dépens de la voie inférieure, cette question a perdu de l'actualité et de l'importance qu'elle a eue en ces dernières années. Les discussions à la Société de chirurgie, la thèse de Baigue, avaient attiré l'attention sur la blessure des uretères au cours ou à la suite des interventions par le vagin.

Nous en avons étudié les causes anatomiques et les mécanismes que nous avons classés sous deux chefs : lésions directes par section ou pincement au cours du premier temps de l'hystérecto-

mie vaginale, c'est-à-dire de la désinsertion du col ; ou encore par forcipressure hâtive faite au cours d'une hémorrhagie survenue après l'ablation des pinces ; — lésions indirectes non plus par pincement mais par simple contact du bec de la pince insuffisamment garni, comme Routier en a cité des exemples.

Cliniquement, nous avons rangé en trois groupes les suites de ces lésions : 1° accidents primitifs : signes de rétention rénale, presque silencieuse si le rein est aseptique, bruyante au contraire si le rein est infecté ; — 2° accidents secondaires : la fistule urétéro-vaginale, établie de la première à la troisième semaine, avec son écoulement, ses inconvénients, son orifice, ses caractères spéciaux que nous avons indiqués ; — 3° accidents tertiaires : le rétrécissement cicatriciel de l'uretère blessé, portant sur ses deux bouts supérieur et inférieur, aboutissant à l'oblitération de celui-ci, à la distension de celui-là avec rétro-dilatation du bassinet, du rein et uropyonéphrose terminale signalée en plusieurs observations.

Anatomiquement, nous avons insisté sur le siége élevé de cette fistule, sur les lésions cicatricielles de l'uretère et mis en évidence les conséquences et les indications opératoires qui en découlent. Il résulte en effet de ces conditions que la voie vaginale sera souvent bien incommode sinon impraticable, d'autant qu'il faut, pour rétablir la perméabilité de l'uretère indispensable au bon fonctionnement du rein, pratiquer une opération complexe.

Thérapeutiquement, nous pensons donc, rejetant immédiatement comme excessive la néphrectomie, le colpocléisis comme insuffisant, la greffe cutanée ou intestinale comme pis-aller encore dangereux, qu'il faut viser la réfection complète du conduit blessé. L'urétérocystostomie est la seule opération rationnelle et parfaite. Des trois voies d'accès possibles, vaginale, transvésicale, transpéritonéale, c'est à la dernière que nous donnons résolument la préférence ; aujourd'hui elle n'est pas plus périlleuse et reste plus large, plus commode et plus sûre ; les résultats excellents qu'elle a fournis dans une douzaine de cas que nous avons réunis en sont la preuve incontestable.

Cysto-carcinome de l'ovaire. *Semaine gynécologique*, avril 1898.
(En collaboration avec M. Aug. Pettit.)

L'étude des tumeurs solides de l'ovaire, qui a fait depuis quelques années l'objet de nombreux travaux, renferme encore nombre de points imprécis, surtout en ce qui touche le carcinome. L'histoire de cette dernière variété, dont Dembo, Pfannenstiel, Baader se sont tour à tour occupés, a été récemment reprise dans un remarquable mémoire par O. Semb, de Christiania. Nous avons pu grâce à l'obligeance du Dr Routier, recueillir l'observation et examiner les pièces d'un cancer primitif de l'ovaire. survenu chez une jeune femme de 22 ans. Macroscopiquement sain en apparence, cet organe présentait à la coupe de nombreuses cavités kystiques de volume variable, tapissées par un épithélium cylindrique régulier par places, manifestement atypique en d'autres, où il affectait une disposition en boyaux et amas cellulaires réticulés d'aspect carcinomateux. Cette pièce très intéressante présentait donc réunies et côte à côte des formations typiques, rangées dans les kystes papillaires (adénomes papillaires de Pfannenstiel) et des formations atypiques carcinoïdes (adéno-carcinome papillaire de Pfannenstiel). Malgré que Semb considère les kystes papillaires comme bénins par essence et par évolution, nous croyons plus vraie l'opinion généralement adoptée suivant laquelle un kyste papillaire simple peut dégénérer en carcinome, et notre pièce en est une preuve nouvelle.

On sait que, malgré les recherches histologiques récentes, le microscope doit se déclarer impuissant à fournir un pronostic absolu sur l'évolution de ces tumeurs solides de l'ovaire anatomiquement reconnues bénignes ou malignes. Tel adénome peut évoluer brusquement comme un carcinome et tel carcinome, ainsi dénommé par le microscope, peut rester indéfiniment bénin. Cependant, avec Pfannenstiel, les réserves les plus sérieuses doivent être faites ; la malignité reste imminente et ces notions doivent conduire à une intervention radicale et précoce. Elle a été pratiquée dans notre cas et la malade, revue deux mois après, paraissait en parfaite santé. Pourtant l'aspect de la tumeur enlevée chez elle témoignait d'une prolifération épithéliale si intense et

si déviée par places du type normal que l'avenir, en l'espèce, reste toujours menaçant.

Des indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre. *Annales génito-urinaires*, septembre 1893, 35 pages. (En collaboration avec le D[r] F. Legueu.)

Ce mémoire, fondé sur dix-sept observations recueillies pendant notre internat dans le service de M. le professeur Guyon, a eu pour but d'exposer à nouveau les idées de notre maître, rapportées en partie déjà dans la remarquable thèse de notre ami Noguès. Les indications opératoires dans les angusties traumatiques sont parfois plus complexes qu'on ne l'a voulu dire ; elles sont régies par des conditions anatomiques que nous avons cherché à préciser : le siége du rétrécissement, sa forme, l'état des parties voisines.

Le siége le plus fréquent est certainement la région bulbo-périnéale, mais les ruptures se peuvent aussi rencontrer sur l'uréthre pénien, sur l'urèthre profond, membraneux. De cette localisation découlent des conséquences importantes non seulement pour les facilités de l'acte opératoire, mais aussi pour la marche des accidents. M. Guyon insistait dés 1872 dans la thèse de Cazaux sur ce fait que les ruptures de l'urèthre spongieux sont beaucoup plus graves que celles de l'uréthre membraneux au point de vue du rétrécissement à venir.

La forme de ce rétrécissement présente en effet des caractéres presque constants avec le siège ; dans la région spongieuse, virole fibreuse, nette, reconnaissable à travers le périnée, qui nécessite à elle seule une intervention spéciale ; dans la région membraneuses, lésions uréthrales moins intenses, souvent bornées à la muqueuse pour Voillemier, canal plus dévié que rétréci, anneau cicatriciel moins épais et moins serré. Mais à ces règles générales il est des exceptions dont nous avons fourni des exemples. La virole peut manquer au bulbe et se produire à l'uréthre profond, changeant ainsi dans ces cas les indications opératoires.

L'état des parties voisines, chez les anciens rétrécis mal soignés, a aussi son importance et les collections uro-purulentes, les fistules, les larges callosités qui blindent le périnée et cuiras-

sent l'urèthre commandent par elles-mêmes un choix dans les moyens à employer.

Nous avons montré que la dilatation ne saurait convenir qu'aux rétrécissements récents, peu serrés, facilement franchis, sans virole marquée. Alors elle peut réussir, comme en témoigne le premier de nos faits. Plus souvent elle est seulement le complément de méthodes plus efficaces.

De celles-ci l'uréthrotomie interne est la plus simple. Primitive ou secondaire, répétée parfois à plusieurs reprises, aidée par une dilatation soigneuse et jamais lasse, elle peut suffire surtout dans les rétrécissements de l'urèthre membraneux moins fatalement sujets à la récidive d'une part, moins facilement accessibles de l'autre aux interventions externes par le périnée. Mais en dehors de ces cas particuliers et de ceux où il n'est point de virole, elle ne saurait prétendre au titre de méthode radicale et devient à son tour le premier temps de l'uréthrotomie externe.

Celle-ci peut être commandée parfois par une stricture obstinément infranchissable, ou bien et en même temps par l'état du périnée qui nécessite la libération externe du canal enserré dans les productions fibreuses. Uniquement employée jadis, elle a aujourd'hui cédé le pas à la résection de l'urèthre proprement dite, suivie de suture, à moins que cette dernière ne soit : impossible de par le siége profond ou l'état local, contre-indiquée de par l'état général. Deux de nos observations (ruptures de l'urèthre membraneux) en sont la preuve ; elles montrent aussi que cette uréthrotomie externe, malgré ses résultats très appréciables, expose aux récidives et nous avons, cette année même, retrouvé à la Clinique de Necker l'un des malades auxquels nous venons de faire allusion ; l'uréthrotomie n'a pas suffi à le guérir. Ailleurs cependant (observations X et XI), elle a fourni des succès plus durables.

La résection suivie de suture n'en reste pas moins l'intervention de choix dans les angusties traumatiques, partout où elle est indiquée de par la virole péri-urétbrale et possible de par le siège, l'état local en général. Nous avons cru devoir la déconseiller au moins le plus souvent dans les rétrécissements péniens auxquels la dilatation avec ou sans uréthrotomie interne peut ordinairement suffire et dans les rétrécissements membraneux auxquels leur siège trop profond la rend difficilement applicable. Depuis, des faits heureux sont venus prouver que l'excision de la virole lorsqu'elle

existe peut être faite sur la verge sans inconvénients ultérieurs pour l'érection correcte. En revanche, l'urèthre membraneux reste toujours plus justiciable de l'urétbrotomie interne ou externe que de la résection.

Nous avons insisté sur la technique de cette résection et les difficultés qu'il faut parfois surmonter. Le cathétérisme rétrograde, au cas où le bout postérieur ne peut être trouvé, est d'application courante aujourd'hui que l'on sait fermer immédiatement la vessie par la suture. La reconstitution du canal se fera aux dépens des tissus périnéaux, si l'étoffe uréthrale n'est pas suffisante et l'on devra, par une véritable périnéoplastie avec dédoublement, augmenter au maximum les surfaces d'affrontement. La sonde sera enlevée du troisième au cinquième jour.

Cette opération, aujourd'hui mieux réglée, donnera d'excellents résultats lorsque seront remplies les conditions favorables à sa réussite : lésions limitées et facilement accessibles ; tissus voisins souples et d'épaisseur variable. Et c'est ce qui nous a permis de dire en terminant : dans l'urètbre péno-scrotal, essayez d'abord la dilatation ou l'uréthrotomie interne ; dans l'urèthre bulbo-périnéal, faites la résection avec suture, ici opération de choix ; dans l'urèthre profond ou membraneux, résignez-vous à l'uréthrotomie interne ou externe, opérations de nécessité.

Rate ou rein. Revue clinique, in *Annales génito-urinaires*, 1893, 4.

Cette note, inspirée par M. le professeur Guyon, a pour but d'insister sur les signes physiques spéciaux qui permettent le plus souvent, et nous en avons eu la preuve, de distinguer les tumeurs des reins et celles de la rate. M. Guyon enseigne depuis longtemps que ces dernières présentent une forme ovoïde, un grand axe oblique en bas et en dedans vers l'ombilic, et n'offrent pas le vrai ballottement rénal qu'il faut chercher dans l'angle costo-vertébral et non pas ailleurs. Une observation, recueillie par nous, confirme la valeur de ces signes distinctifs.

Les tumeurs paranéphrétiques. *Gazette des hôpitaux*, avril 1898.

Fondée sur l'analyse d'une quarantaine d'observations recueillies dans la littérature médicale, cette courte étude, complément de

l'article précédent, a pour but de préciser, autant que faire se peut, le diagnostic des tumeurs du rein envisagées au point de vue de leurs caractères physiques.

Après un exposé rapide de ces néoplasmes pararénaux quant à leur origine, leur structure, leurs lésions anatomiques, leur pathogénie, nous avons essayé de montrer les caractères distinctifs à l'aide desquels on les différenciera et des tumeurs voisines nées dans le foie, la rate, l'ovaire, le mésentère, et des tumeurs du rein proprement dites. Nous croyons que la phonendoscopie, en usage à la Clinique de Necker, apportera dans ces cas toujours difficiles, un complément d'informations très utile. D'autre part, nous avons eu depuis 1893 l'occasion d'observer, tant à l'hôpital qu'à l'amphithéâtre, un certain nombre de tumeurs hépatiques ou spléniques, qui nous permettent de confirmer la valeur des signes physiques enseignés par M. Guyon.

Au point de vue thérapeutique nous pensons que la néphrectomie totale, souvent commandée par l'insuffisance du diagnostic ou les conditions anatomiques de la tumeur, pourra céder ailleurs la place soit à une néphrectomie partielle économique, soit à l'extirpation du néoplasme avec conservation du rein, possible comme le démontre une belle observation du professeur Jeannel.

Kyste mucoïde du gland. Communication à la *Société anatomique*, 29 janvier 1897, p. 127.

Cette curieuse observation a trait à un jeune homme de 22 ans, porteur sur le côté droit du méat uréthral d'un petit kyste gros comme un pois, lequel datait de l'extrême enfance et peut-être même était congénital. L'examen histologique pratiqué après





extirpation montra que le kyste était indépendant de la muqueuse balanique et formé d'un stroma conjonctif tapissé par un épithé-

lium cylindrique haut, à plateau, comprenant quelques cellules à tendances caliciformes. Le kyste contenait un liquide filant et clair comme de l'albumine.

Nous avons vainement cherché s'il existait d'autres cas de ce genre. Cruveilhier, Fano, Redard, Chavannaz, Dardignac ont signalé des kystes mucoïdes sous-préputiaux. Mais nous n'avons pas trouvé d'autre exemple de ce kyste balanique, dont l'explication pathogénique semble difficile à donner.

5° MEMBRES

Hyperostose des os de la jambe par ulcère variqueux. Communication à la *Société anatomique*, mai 1889, p. 392.

Exemple démonstratif des lésions signalées par J.-L. Petit, Marjolin et Reclus. Sur cette pièce, le ligament interosseux était complètement ossifié et tendons, vaisseaux et nerfs étaient enserrés en de véritables tunnels osseux.

Ankylose vicieuse de la jambe; ostéoclasie. Observation recueillie dans le service du professeur Verneuil, in L.-H. Petit, Genoux en ciseaux : *Congrès de chirurgie*, 1892.

Chondrome ostéoïde du pied. Communication à la *Société anatomique*, février 1894, p. 158.

Cette pièce très intéressante, recueillie dans le service de M. Le Dentu, a fait l'objet d'une étude histologique spéciale de Télohan (Société de biologie, 1894).

Le pied bot de la paralysie infantile. *Revue d'obstétrique et de Pædiatrie*, 1895, p. 41. (En collaboration avec M. Broca.)

Kyste synovial de la face externe du genou. Communication à la *Société anatomique*, 25 mars 1898.

Lésion banale par nature, rare par cette localisation particulière et le volume considérable qu'elle avait acquis en l'espèce. Les

kystes synoviaux d'origine articulaire et de ce siège, seraient exceptionnels d'après Nicaise qui a publié sur eux une courte étude dans la *Revue de Chirurgie* de 1883.

Le traitement des fractures du membre inférieur par les appareils dits « ambulatoires ». *Gazette des hôpitaux*, avril 1897, n° 47.

Cette question était à peine connue en France lorsque notre maître M. Le Dentu l'exposa dans une de ses cliniques à l'hôpital Necker, alors que nous étions son interne. Ce fut le point de départ des recherches que nous avons depuis poursuivies sur ce point. Laissant volontairement de côté les fractures du fémur pour lesquelles l'extension continue reste à notre avis le traitement de choix dans l'immense majorité des cas, nous avons cherché une formule pratique de cette méthode ambulatoire pour les cassures de jambes seulement.

Nous croyons l'avoir trouvée, plus simple et plus avantageuse que les appareils allemands similaires. Alors que ceux-ci emprisonnent complètement dans un plâtré circulaire le membre fracturé, rendant ainsi la coaptation malaisée et la surveillance difficile, notre principe consiste à appliquer : d'abord un appareil de contention, formé d'une très légère gouttière plâtrée — puis un appareil de marche schématiquement composé d'un étrier rigide prenant son appui sous le chapiteau tibial et permettant ainsi au blessé de marcher sur son genou. Cet étrier peut être de plâtre, de bois, de métal, fixe ou à coulisses, et tous ces modes variés nettement indiqués dans notre travail ont été depuis mis en usage par divers auteurs. Nous donnons la préférence à l'étrier métallique léger, solide et simple, construit par Collin sur nos indications.

Nous croyons avoir réfuté les objections théoriquement adressées à la méthode ambulatoire par Hennequin. Certes, et nous avons été le premier à l'écrire, il ne saurait être question d'appliquer indistinctement le « geh verhant » à toutes les cassures de jambe ; les fractures complexes ou compliquées semblent devoir lui échapper, malgré les succès obtenus en ce cas à l'étranger. Mais restreinte aux faits simples et favorables, cette méthode garde

des avantages indéniables. La consolidation est plus rapide, exempte d'ankyloses et d'atrophies. Le malade peut quitter son lit, reprendre une partie de ses occupations et de ses conditions physiologiques normales ; enfin, tandis que par les traitements ordinaires, consolidation ne veut pas dire guérison complète, celle-ci exigeant encore un temps pour récupérer la souplesse des mouvements perdus, les blessés soumis à la méthode ambulatoire peuvent éviter cette véritable convalescence et sont franchement guéris à la levée de l'appareil. En avril 1897, nous avions pu rassembler prés de 500 cassures simples ou compliquées soumises au traitement ambulatoire avec un succés constant ; notre maître le docteur Reclus présentait quelques-uns de nos malades à la Société de chirurgie et faisait sur huit d'entre eux une communication à l'Académie de médecine. Depuis, la question semble avoir fait quelque chemin ; deux thèses ont été consacrées à son étude, à Paris par le D[r] Vidaut de Pomerais, auquel nous avons fourni ses documents, à Bordeaux par M. Fourcaud. Le docteur Vitrac a publié la concernant un article dans la *Presse médicale* de février 1898, où il relate ses succès personnels, et des faits également heureux ont été rapportés par le D[r] Lambret, de Lille, à l'appui de notre procédé. Un de ces faits mérite d'être conté : le malade, dès que son appareil fut sec, marcha et courut dans la salle ; dès le lendemain, il sollicitait une permission de sortir pour régler ses affaires ; il partit et ne revint pas, avertissant qu'il se représenterait à l'hôpital lorsque le laps de temps nécessaire à la consolidation serait écoulé. Nous connaissons l'histoire pareille d'une malade, à laquelle notre appareil fut appliqué par M. Ricard et qui dés le lendemain aussi reprenait ses occupations ordinaires. Nous avons rapporté des observations de même ordre dans notre travail.

Ces succés prouvent que, appliquée avec discernement et prudence, la méthode ambulatoire est susceptible de rendre dans les fractures ordinaires de jambe des services incontestables qu'affirment les résultats dés ce jour obtenus.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE